

**ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ ПРЕПОДАВАНИЯ  
ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ  
АНАТОМИИ**

**Кушхабиев В.И.**

*Медицинский факультет Кабардино-Балкарского  
государственного университета, Россия*

Предмет оперативной хирургии и топографической анатомии, как известно, «двуединая» дисциплина и базируется на знаниях нормальной анатомии человека и современных достижениях хирургии. Дисциплина связана с клиническими кафедрами хирургии и нехирургическими кафед-

рами. Преподавание ведется по имеющимся в Учебной программе и учебному плану для лечебных, педиатрических и стоматологических отделений. По содержанию это программы XIX-XX веков. В связи с развитием всех направлений медицинской науки эти программы подлежат пересмотру, чтобы впитать в себя современные достижения науки. Кроме того, настало время разработки специальных программ не только для подготовки врачей общелечебной сети, но и для обучения врачей-хирургов, врачей-терапевтов. При таком подходе медицина выиграет, отступит от шаблона.

Топографическую анатомию преподают на кафедрах нормальной анатомии человека, как обязательное условие подготовки врача, это рационально. В VI-VII семестрах на кафедрах оперативной хирургии и топографической анатомии преподавание топографической анатомии намного отличается от названия предмета. С самого начала в зависимости от квалификации преподавателя топографическая анатомия наполняется клиническим содержанием, все анатомические элементы рассматриваются с позиции хирурга и клиницистов. Хотя название одно и то же, содержание оценивается как «клиническая анатомия», как это было задумано еще Н. И. Пироговым, имеющим хирургическую клинику при кафедре. Этой традиции придерживается ряд вузов страны. Курс оперативной хирургии и топографической анатомии нельзя сводить к узкой топографии органов и систем.

Преподаватели курсов оперативной хирургии и топографической анатомии в зависимости от степени своей подготовки обращают внимание студентов не только на скелетономию, синтопию, голономию, но и на возрастные, половые, конституционные особенности, приводится проекционная и ориентирная анатомия, без освещения вариантов анатомических образований нет полноты сведений о предмете. К сожалению, все это не удастся уложить в отпущенные часы по дисциплине.

Топографическая анатомия «оживает», когда преподаватель приводит примеры из клиники с указанием на возможные ошибки и осложнения. Это способствует лучшему усвоению информации.

Усвоению материала хорошо помогает демонстрация цветных учебных кинофильмов /на 15-20 мин./, которые, к сожалению, уже устарели. Нужны современные учебные кинофильмы. Весьма рационально проведение учебных операций на свежем анатомическом материале /на трупе или органах трупа/, а также выполнение ряда операций на подопытных животных. Подготовка будущих хирургов немыслима без этого. Однако в рамках отпущенных часов все это охватить не удастся.

В связи с развитием хирургии и других дисциплин возросло число диагностических приемов и специальных методов исследования больных. Кроме как упоминать о них у преподавателя не хватает времени для более подробного рассказа о них, не говоря о демонстрации основных диагностических методов либо выполнении их самими студентами в условиях

анатомического эксперимента или на подопытных животных. Все эти моменты снижают ценность и полноту подготовки студентов III и IV курсов на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии.

В наших хирургических клиниках по шаблону используются способы оперативного вмешательства, предложенные еще в позапрошлом веке. Так, например, широко применяются методы резекции желудка по Бильроту-1 /1881/ с удалением 2/3 желудка и восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта по типу анастомозирования конец в конец, с формированием желудочно-кишечной воронки и выраженным демпинг-синдромом. Этот способ имеет более пяти недостатков, если провести обычную анатомо-хирургическую оценку. Реабилитация наступает долго, только с годами больной приобщается к нормальной жизни. Мы разработали способ с устранением всех недостатков данного способа и опубликовали о нем в печати /Имеется патент на изобретение/.

Второй пример – резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера, который имеет 10-12 существенных недостатков, приводящих к инвалидности оперированных больных на 2-3 года. Мы также разработали способы устранения всех этих недостатков, повышающих эффективность предпринятого оперативного вмешательства /имеется патент на изобретение/. В связи с приведенным считаем, что наступило время отказаться от травматических способов резекции желудка и двенадцатиперстной кишки в пользу современных, обеспечивающих почти полную реабилитацию оперированного больного.

Немало примеров разработки и внедрения новых способов операций и по другим направлениям современной хирургии, которые надо включить в Учебную программу XXI.

Таким образом, с целью повышения качества высшего медицинского образования вообще и подготовки по оперативной хирургии и топографической анатомии, в частности, следует учесть приведенные рекомендации с пожеланием большего наполнения клиническим содержанием, отличающим этот предмет от обычной топографической анатомии, а в разделы по оперативной хирургии включить новые перспективные эффективные способы операций. Несомненно, это обстоятельство требует дополнительного выделения учебных часов, позволяющих повысить полноценность настоящего предмета, предложенного Н. И. Пироговым. В новый век новые требования к системе подготовки врачей естественны, они связаны с необходимостью отказа от шаблона и повышения качества обучения в медицинских вузах страны. Повышение наглядности преподавания курса оперативной хирургии и топографической анатомии лежит в основе намечаемых мероприятий.